

Лекція 9.

Тема: Реабілітація пацієнтів з різними видами захворювань

Важливе місце в процесі реабілітації посідають молодші медичні працівники, які повинні мати глибокі теоретичні знання з основ реабілітації, володіти необхідними практичними навичками, методами психотерапевтичної деонтології, мати високі моральні якості.

1. Основні принципи та методики реабілітації пацієнта на різних етапах.

За основу реабілітації хворих терапевтичного профілю застосовують програму реабілітації при захворюваннях серцево-судинної системи.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я №206 від 30.12.1992 р., *відновному лікуванню в спеціалізованих, реабілітаційних відділеннях місцевих кардіологічних санаторіїв підлягають хворі, що перенесли гострий інфаркт міокарда, нестабільну стенокардію або хірургічне втручання на судинах серця та досягли певного рівня фізичної активності (разова ходьба 1000 м, підйом по сходах на 17-22 сходинки).* На сьогодні саме кардіологічна служба має найбільший досвід медичної реабілітації пацієнтів. Саме тому модель кардіологічної реабілітації, зокрема реабілітації пацієнтів з ІХС передусім інфарктом міокарда, застосовують у системі охорони здоров'я як зразок для впровадження в практику відповідного лікування інших терапевтичних хворих.

В Україні впроваджена й ефективно розвивається система реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Реабілітаційні програми на кожному з етапів реабілітації (стаціонарному, санаторному та диспансерно-клінічному) ґрунтуються на принципі суворої індивідуалізації. Тому до початку відновного лікування проводять клінічну оцінку стану пацієнта і зарахування його до одного із чотирьох функціональних класів, в яких відображено глибину та поширеність ураження, ускладнення та ступінь коронарної недостатності (наявність стенокардії, розподілення за функціональними класами).

Ефективність реабілітаційного процесу оцінюють методом поточного та етапного контролю, що забезпечує адекватне розширення режиму та інтенсифікацію навантаження у кожного конкретного пацієнта. Постійний контроль за функціональним станом пацієнта дає змогу також оцінити коронарний резерв і фізичну працездатність, відображує динаміку клінічної симптоматики захворювання.

Інфаркт міокарда – захворювання, що характеризується утворенням некротичного вогнища в серцевому м'язі внаслідок порушення коронарного кровообігу.

Варіанти перебігу:

- ангінозна форма – супроводжується вираженим больовим синдромом (у вигляді нападів стисного болю) з локалізацією за грудиною або в лівій половині грудної клітки;
- астматична форма – основним проявом є напад серцевої астми та набряку легенів, при якій больовий синдром незначний або відсутній;
- абдомінальна (гастралгічна) форма – біль у надчеребній ділянці живота, який супроводжується нудотою, блюванням та ін.

Основні принципи реабілітаційних заходів при інфаркті міокарда

При інфаркті міокарда виділяють три фази реабілітації: лікарняну (гостру), вилікування, підтримувальну. Першу фазу виконують на лікарняному етапі, другу і третю фази – після виписування зі стаціонару на санаторному, поліклінічному та диспансерному етапах.

Фази реабілітації

Лікарняна:

- відділення інтенсивної терапії;
- інфарктне відділення;
- відділення реабілітації (4-6 тиж.).

Вилікування:

- санаторій кардіологічного профілю (24 діб);
- відділення реабілітації в поліклініці (6-8 тиж.).

Підтримувальна:

- контроль дільничного кардіолога;
- лікарсько-фізкультурний диспансер зони здоров'я;
- клуб аматорів бігу і ходьби;
- заняття вдома самостійно;
- заняття у фізкультурно-оздоровчих комплексах.

Лікарняний (госпітальний) період реабілітації

З урахуванням стану пацієнта застосовують 4 програми фізичної реабілітації:

- 3-тижневу – при дрібно вогнищевому інфаркті міокарда,
- 4-тижневу – при великовогнищевому,
- 5-тижневу – при трансмуральному;
- Індивідуальну – при інфаркті міокарда з ускладненнями.

У гострий період інфаркту міокарда основними завданнями лікування є:

- обмеження зони інфаркту (тромболізис, операції пластики вінцевих судин або екстреного аорто коронарного шунтування);
- запобігання розвитку небезпечних аритмій та їх усунення;
- запобігання розвитку тромбоемболічних ускладнень;
- профілактика ре моделювання ЛШ серця завдяки застосуванню препаратів, які знижують перед- і після навантаження;
- зменшення наслідків гіпокінезії;
- адаптація хворого до поступового розширення рухового режиму;
- формування адекватної психологічної реакції пацієнта на хворобу.

Висновок: на сьогодні саме кардіологічна служба має найбільший досвід медичної реабілітації пацієнтів. Саме тому модель кардіологічної реабілітації,

зокрема реабілітації пацієнтів з ІХС передусім інфарктом міокарда, застосовують у системі охорони здоров'я як зразок для впровадження в практику відповідного лікування інших терапевтичних хворих.

2. Роль фізичних факторів у комплексі лікувально-профілактичних заходів. Застосування фізіотерапевтичних методів,

Основою фізичної реабілітації хворих з ІМ є руховий режим, ЛФК та масаж. Програма фізичної реабілітації починається з 2-го дня захворювання після усунення больового синдрому та за відсутності протипоказань (аритмія, високий тиск, загальний тяжкий стан, висока теп-ра тіла).

У разі **суворого постільного режиму** призначають лікувальну гімнастику (ЛГ) на 2-4-у добу за відсутності протипоказань.

Завдання ЛФК:

- запобігання ускладнень;
- поліпшити периферичний кровообіг, трофіку міокарда, психічний стан пацієнта.

Комплекс ЛГ складається з повільних рухів у дрібних і середніх суглобах, рухів головою, короткочасних ізометричних напружень і розслаблень м'язів нижніх кінцівок, статичних дихальних вправ без поглиблення дихання.

На 2-у добу за задовільного загального стану виконують згинання ніг без відриву стоп від ліжка, незначне піднімання тіла, поворот тулубу на правий бік. У разі 3-тижн програми це роблять на 1-у добу, 4-5-тижн – на 1-2-у. Тривалість занять 8-10 хв, 2 рази на день. В повільному темпі по 4-6 разів – для дрібних груп м'язів, по 2-4 рази для середніх і великих. Тривалість режиму – 2-3 доби.

Постільний режим – подальше розширення активності хворого і перехід у положення сидячи.

Завдання ЛФК:

- стимулювати екстракардіальні чинники кровообігу;
- готувати й адаптувати серцево-судинну систему до положення сидячи;
- навчати хворого елементам самообслуговування.

ЛФК проводять у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять 2-3 рази на день. Тривалість – 15-17 хв. Проводять тренування вестибулярного апарату. У разі 3-тижневої програми на 3-ю добу, 4-тижн – на 7-8 добу, 5-тижн – на 8-10 добу час сидіння в ліжку поступово збільшують. При стабільному стані пацієнта можна посадити у ліжку – 3-4 рази по 15-30 хв. В цьому положенні вмиватися, зачисуватися, чистити зуби, читати, слухати радіо. Тривалість режиму становить 7-10 днів.

Завдання ЛФК у період напівпостільного режиму:

- підготувати й адаптувати ССС до положення стоячи і ходьби;
- продовжувати активізувати екстракардіальні чинники кровообігу;

- стимулювати репаративні процеси в міокарді і поступово тренувати його;
- розширювати рухову активність;
- готувати пацієнта до самообслуговування.

Форми ЛФК доповнюють лікувальною ходьбою. Тривалість заняття 20-25 хв. Збільшують кількість вправ для тулубу, ніг, включаючи рухи, що імітують ходьбу в положенні сидячи, з якого перехід у положення стоячи. На 2-гу добу можна пройти 5-10 м у палаті, а потім щодня збільшувати на 10 м. Наприкінці режиму – 100 м. 30-50 % денного часу – у положенні сидячи. Тривалість режиму становить 7-10 днів.

ЛФК у період вільного режиму спрямовано на адаптацію ССС до поступового збільшення фізичних навантажень, подальше розширення рухової активності, тренування для підйому східцями, підготовку до побутових навантажень.

Застосовують: ЛГ, ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття по 4-5 разів на день, лікувальну ходьбу. Вправи для всіх груп м'язів складніші. Гантелі по 0,5 кг. Вихідні положення – сидячи і стоячи. Тривалість 25-30 хв.

Додають ходьбу коридором. Перший вихід з палати на 8-10 добу у разі 3-тижневої програми, на 18-20 добу у разі 4-тижневої, на 22-24 добу у разі 5-тижневої. Після коридора в 150-200 м – підйом по східцям. З 2-3 сходинок, щодня збільшуючи на таку саму кількість.

Перший вихід на вулицю на 14-15 добу у разі 3-тижн програми, на 22-24 добу при 4-тижневої, на 26-28 добу при 5-тижневої програмі.

Прогулянки 2 рази на день по 500-600 м у темпі 70-80 кроків за хв., згодом 1-1,5 км у темпі 80-90 кроків на хв.. Тривалість режиму становить 10-15 днів.

У заключний період рухового режиму лікарняного етапу досягає такого рівня фізичної активності, за якого його вже можна виписати зі стаціонару (здатність піднятися на поверх, пройти 1-3 км, виконати дії із самообслуговування) і направити в місцевий кардіологічний санаторій для подальшої реабілітації. Це відбувається на 21-23 добу у разі 3-тижневої програми, на 30-32 добу при 4-тижневій, на 35-37 добу – у разі 5-тижневої програми.

За індивідуальною програмою проводять реабілітацію хворих з тяжкими ускладненнями інфаркту міокарда:

- рецидивний перебіг захворювання;
- недостатність кровообігу ІІБ-ІІІ ст.;
- аритмії;
- тромбоемболічні ускладнення;
- стан клінічної смерті;
- кардіогенний шок;
- гостра аневризма серця.

Висновок: після здійснення програми реабілітації лікарняного етапу пацієнти повинні бути повністю підготовленими до переведення в спеціалізоване відділення реабілітації чи кардіологічний санаторій або до виписування додому.

3. Санаторний та поліклінічно-диспансерний етапи реабілітації.

Санаторний етап реабілітації проводять у місцевих кардіологічних санаторіях. Переведення хворих у санаторій з урахуванням протипоказань допускається при дрібно вогнищевому неускладненому ІМ не раніше ніж через 20 днів від початку захворювання, а при велико-або дрібно вогнищевому ускладненому – не раніш ніж через 30 днів за умови досягнення пацієнтом певного рівня фізичної активності.

Протипоказання до лікування в реабілітаційному відділенні санаторію:

- загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування;
- аневризма серця;
- аневризма аорти при серцевій недостатності вище І ст.;
- ГХ ІІІ ст.;
- рецидивні тромбоемболії;
- порушення мозкового кровообігу;
- декомпенсований або тяжкий ЦД;
- захворювання зі значними порушеннями функцій органів і систем.

Основні завдання лікування хворих з ІМ на санаторному етапі реабілітації:

- вторинна профілактика прогресування ІХС;
- запобігання повторному ІМ;
- ліквідація або зменшення фізичної непрацездатності хворих;
- підготовка до професійної діяльності.

Лікар-реабілітолог або кардіолог для кожного хворого реабілітаційного відділення місцевого кардіологічного санаторію розробляє індивідуальну програму реабілітації, яка залежить від тяжкості стану хворого (передусім ускладнень і ступеня коронарної недостатності) і визначається функціональним класом захворювання.

Санаторний етап реабілітації передбачає значне зростання інтенсивності фізичних навантажень під час фізичної реабілітації, передусім за рахунок ЛГ та тренувальної ходьби.

Тренувальний режим призначають не всім пацієнтам, а лише тим, хто засвоїв фізичні навантаження попередніх режимів і не має аритмії, недостатності кровообігу, проявів стенокардії.

Поліклінічно-диспансерний етап – на цьому етапі завершується процес вилікування, після чого оцінюють стан пацієнта, ефективність реабілітаційних заходів, вирішують питання працездатності, визначають термін відновлення трудової діяльності, переведення на інвалідність (тимчасово чи постійно).

Підтримувальний період починається з 3-4-го місяця від початку захворювання і триває протягом усього життя хворого.

Основні завдання цього етапу:

- динамічне диспансерне спостереження;

- запобігання прогресування та загострення ІХС і рецидивам ІМ;
- оцінювання стану працездатності хворих, підтримання її на досягнутому рівні або підвищення;
- підготовка хворого до професійної діяльності;
- досягнення максимально можливої соціальної адаптації;
- санаторно-курортний відбір.

Програму фізичної реабілітації починають з навантаження того рівня фізичної активності, якого біло досягнуто перед виписуванням із санаторію з урахуванням функціонального класу захворювання. Навантаження повинні бути регулярними і систематичними з поступовим зростанням, а також з урахуванням їх переносимості.

Поява ознак патологічної реакції потребує припинення навантаження, проміжної реакції – тимчасового припинення занять ЛФК до функціонального відновлення.

Ефективною формою психологічної реабілітації є школа хворого на ІМ, програма якої охоплює всі необхідні для пацієнтів та їхніх родичів питання щодо тактики відновлення і зміцнення здоров'я.

Висновок: санаторний етап реабілітації проводять у місцевих кардіологічних санаторіях. Переведення хворих у санаторій з урахуванням протипоказань допускається при дрібно вогнищевому неускладненому ІМ не раніше ніж через 20 днів від початку захворювання, а при велико-або дрібно вогнищевому ускладненому – не раніш ніж через 30 днів за умови досягнення пацієнтом певного рівня фізичної активності.

4. Відновлення професійно-трудової діяльності.

Здійснюється поступово. Від часткового обмеження службових навантажень, під час якого продовжують динамічне спостереження, поступово переходять до повного, доступного для пацієнта, кола професійних обов'язків. Відновлення професійно-трудової діяльності є не лише кінцевою метою реабілітації, а і могутнім засобом відновлення психоемоційної сфери. Переважна більшість людей, що вперше перенесли ІМ, повністю одужують і тривалий час займаються повноцінною діяльністю.